

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

フリガナ				年 月 日生（ 歳）
氏 名				
住 所				
①病名（I C Dコードは、右の病名と対応する F00～F99、G40 のいずれかを記入する。病名により3桁までのコードが必要となる場合がある。）	(1) 主たる精神障害	I C Dコード（ ）		
	(2) 従たる精神障害	I C Dコード（ ）		
	(3) 身体合併症	身体障害者手帳（有・無、種別 級）		
② 初診年月日 （手帳の申請には、主たる精神障害の初診日から6か月経過していることが必要です。）	主たる精神障害の初診年月日	年	月	日
③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容（推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記入する。）	(推定発病年月 年 月頃)			
	＊器質性精神障害（認知症を除く。）の場合は、発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 、 年 月 日)			
④ 現在の病状、状態像等（該当するものを○で囲む。）				
1 抑鬱 ^{うつ} 状態 (1) 思考・運動抑制 (2) 易刺激性、興奮 (3) 憂鬱 ^{うつ} 気分 (4) その他（ ）				
2 躁 ^{そう} 状態 (1) 行為心迫 (2) 多弁 (3) 感情高揚・易刺激性 (4) その他（ ）				
3 幻覚妄想状態 (1) 幻覚 (2) 妄想 (3) その他（ ）				
4 精神運動興奮及び昏迷 ^{きん} の状態 (1) 興奮 (2) 昏迷 (3) 拒絶 (4) その他（ ）				
5 統合失調症等残遺状態 (1) 自閉 (2) 感情平板化 (3) 意欲の減退 (4) その他（ ）				
6 情動及び行動の障害 (1) 爆発性 (2) 暴力・衝動行為 (3) 多動 (4) 食行動の異常 (5) チック・汚言 (6) その他（ ）				
7 不安及び不穏 (1) 強度の不安・恐怖感 (2) 強迫体験 (3) 心的外傷に関連する症状 (4) 解離・転換症状 (5) その他（ ）				
8 てんかん発作等（けいれん及び意識障害） (1) てんかん発作 発作のタイプ（発作のタイプが複数ある場合は「頻度欄」へそれぞれのタイプの頻度について記載する。） ア 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 イ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ウ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 エ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 最終発作（ 年 月 日）（最終発作に至るまでの頻度を記入すること。（ 回／月 又は 回／年）） 脳波検査を行った場合は、その所見（ ）				
(2) 意識障害 (3) その他（ ）				
9 精神作用物質の乱用、依存等 (1) アルコール (2) 覚醒 ^{せい} 剤 (3) 有機溶剤 (4) その他（ ） ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること。） エ その他（ ） 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合は、その期間 年 月から）				
10 知能・記憶・学習・注意の障害 (1) 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳（有・無、等級等 ） (2) 認知症 (3) その他の記憶障害（ ） (4) 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他（ ） (5) 遂行機能障害 (6) 注意障害 (7) その他（ ）				
11 広汎性発達障害関連症状 (1) 相互的な社会関係の質的障害 (2) コミュニケーションのパターンにおける質的障害 (3) 限定した常同的で反復的な関心と活動 (4) その他（ ）				
12 その他（ ）				
⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等				
[検査所見：検査名、検査時期、検査結果]				

⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する。）				
1 現在の生活環境 入院・入所（施設名 ）・在宅（ア 単身・イ 家族等と同居）・その他（ ）				
2 日常生活能力の判定（項目ごとに該当するもの1つを○で囲む。）				
(1) 適切な食事摂取 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない				
(2) 身の清潔保持及び規則正しい生活 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない				
(3) 金銭管理と買物 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない				
(4) 通院と服薬（要 ・ 不要）（「不要」に○をつけた場合にも、通院と服薬の能力について判定する。） 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない				
(5) 他人との意思伝達・対人関係 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない				
(6) 身の安全保持・危機対応 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない				
(7) 社会的手続や公共施設の利用 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない				
(8) 趣味・娯楽への関心及び文化的社会的活動への参加 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない				
3 日常生活能力の程度（該当するもの1つを○で囲む。）				
(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。				
(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。				
(3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。				
(4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。				
(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。				
⑦ ⑥の具体的程度、状態等（重要な項目でありできるだけ詳細な情報を記載する。また、⑤欄、⑥欄の記載内容、選択項目との整合性に留意のこと。）				
⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（該当するものを○で囲む。）				
1 利用有 [生活訓練 ・ グループホーム ・ ホームヘルプ ・ 訪問指導 ・ その他（ ）]				
2 利用無				
3 生活保護（ 有 ・ 無 ）				
手帳の交付と自立支援医療（精神通院）の支給認定とを同時に申請する場合は、⑨欄及び⑩欄についても記入する。 ただし、⑩欄は主たる精神障害がI C DコードF40～F99であって「重度かつ継続」に該当すると判断される場合に記入する。				
⑨ 現在及び今後の治療方針				
1 薬物療法（具体的な薬剤名を必ず記載する。）				
2 精神療法等				
3 訪問看護指示の有無 （ 有 ・ 無 ）				
⑩ 医師の略歴（該当する□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神医療の従事歴が分かるように記入する。）				
□精神保健指定医（指定医番号： ）				
□精神科医（精神医療に従事した期間・主な所属）				
□その他の医師（精神医療に従事した期間・主な所属）				
年 月 日 医療機関所在地 名 称 電話番号 診療担当科名 医師氏名	審 査 欄（※ この欄は記載しないこと。）			
	手 帳	1 級	2 級	3 級
		不承認		
	自立支援医療	承認		不承認
重度かつ継続	該当		非該当	